



Stammdaten Patient/Anamnesefragebogen/ Allgemeine Geschäftsbedingungen

Stammdaten Patient/in

Patienten Nr.:

Dieses Feld wird von der Praxis ausgefüllt

Senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

praxis@bluebutterfly-medical.com

| | |
|--|--|
| Anrede: <input type="text"/> | Name: <input type="text"/> |
| Vorname: <input type="text"/> | Strasse/Nr.: <input type="text"/> |
| Plz: <input type="text"/> | Ort: <input type="text"/> |
| Land: <input type="text"/> | Telefon: <input type="text"/> |
| Mobile: <input type="text"/> | E-Mail: <input type="text"/> |
| Geburtstag: <input type="text"/> | Versicherungsnummer Krankenkasse: <input type="text"/> |
| Krankenkasse: <input type="text"/> | |
| Ort: MuttENZ ✘ Datum: <input type="text"/> ✘ Unterschrift Patient/in: | |

Ich bestätige die Richtigkeit der persönlich gemachten Angaben im obigen Formular auf Seite 1 von 3 und dem Anamnesefragebogen auf Seite 2 von 3. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von BlueButterfly Medical auf Seite 3 von 3 vom 15.08.2024 habe ich gelesen, verstanden und akzeptiere diese.



Anamnese-Fragebogen

Infektionskrankheiten

| Hatten/Haben Sie folgende Infektionskrankh. ? | J | N | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drei Tage Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes Simplex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A,B,C,D,E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ringelröteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere nicht genannte, Bezeichnung:

Prothesen

Tragen Sie Prothesen ?

Wenn ja, Bezeichnung:

Krebs

Hatten/Haben Sie Krebs ?

Wenn ja, Bezeichnung:

Schwangerschaft

Sind Sie aktuell Schwanger ?

Wenn ja in welchem Monat ?

Erbkrankheiten

Haben Sie folgende Erbkrankheiten ?

Hämophilie

Weitere nicht genannte, Bezeichnung:

Wenn nein, planen Sie Kinder ?

Organtransplantation

Haben Sie Organe gespendet ?

Wenn ja, welche ?

Haben Sie implantierte Organe ?

Wenn ja, welche ?

Allergien

Leiden Sie unter folgenden Allergien ?

Heuschnupfen

Asthma

Ekzem

Weitere nicht genannte, Bezeichnung:

Sind Sie Dialysepatient ?

Sind Sie Dialysepatient ?

Herzschrittmacher

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?

Operationen

Hatten Sie Operationen ?

Wenn ja, welche ?

Allergische Reaktionen

Sind Sie allergisch auf folgende Stoffe ?

Penicillin

Lokalanesthetikum

Korbblütler

Weitere nicht genannte, Bezeichnung:

Nehmen Sie die Pille ?

Nehmen Sie Immunsuppressiva ?

Nehmen Sie Blutverdünner ?

Nehmen Sie Insulin ?

Weitere nicht genannte, Bezeichnung:

Allgemeine Geschäftsbedingungen

BlueButterfly Medical

Praxis für Naturheilkunde

Weierstrasse 28

CH-4132 Muttenz

Tel.: +41 76 748 98 39

praxis@bluebutterfly-medical.com

www.bluebutterfly-medical.com



BlueButterfly Medical, Praxis für Naturheilkunde, Weiherstrasse 28, 4132 Muttenz, Schweiz

Haftungsausschluss

Indem ich als Patient/in die Dienstleistungen der Gesundheitspraxis BlueButterfly Medical, deren Repräsentanten und Mitarbeiter in Anspruch nehme, verzichte ich auf Ansprüche, gleich welcher Art. Ich befreie die Praxis BlueButterfly Medical, deren Repräsentanten und Mitarbeiter von jeglicher Haftung für Schäden gleich welcher Art, inkl. Vermögensschäden, die für mich, meine Unterhaltsberechtigten, und Rechtsnachfolger entstehen könnten.

Therapieangebote - keine Heilgarantie

Unsere Therapieangebote, Empfehlungen oder Hinweise sollten nicht in Eigentherapie und ohne Rücksprache mit uns angewendet werden. Auch wenn man in allen Drogerien und Apotheken pflanzliche Arzneimittel und andere Produkte kaufen kann, spart man kein Geld durch falsch angewendete Arzneimittel/Produkte und kann sich selbst oder anderen Schaden zufügen. Ein Apotheker oder Drogist ersetzt nicht den Arzt und Therapeuten. Wir geben auf keine unserer Therapien, Empfehlungen, Hinweisen und Behandlungen eine Heilgarantie. Da jeder Mensch anders ist und zum Teil individuell auf Therapien, Medikamente und Produkte anspricht, kann man keine Heilgarantie geben was unseriös wäre.

Preise/Terminverschiebungen/Bezahlung

Sobald Sie unsere Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sind Sie mit unseren Preisen wie folgt einverstanden:

- Honorar pro Sitzung: SFr. 120.-/h, abgerechnet in Taxpunkten à 5 min.
- Honorar pro Blutegel: 1 Taxpunkt á SFr. 10.- pro Blutegel
- Honorar Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie pro Sitzung 8 Taxpunkte á SFr. 10.-
- Beratungen per Mail & Telefon: Abgerechnet in Taxpunkten á 5 min.
- *Externe Kosten wie Labor etc. werden Ihnen direkt vom externen Dienstleister in Rechnung gestellt.*
- *Wenn die vereinbarten Termine nicht mindestens 24 h vorher verschoben werden oder Sie nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, verrechnen wir den Termin mit 12 Taxpunkten á 5 min.*
- *Alle Kosten sind direkt nach jeder Behandlung vor Ort in Bar oder mit EC/Kreditkarte zu begleichen*

Krankenkassen

Jeder Patient, jede Patientin muss sich bei der Krankenkasse vorgängig erkundigen, ob die ausgewählte Behandlungsmethode von seiner/ihrer Zusatzversicherung übernommen wird, und ob der/die behandelnde Gesundheitspraktiker/in von der Krankenkasse anerkannt ist (jeder Krankenversicherer vergütet ausschliesslich Behandlungen gemäss seinem Leistungskatalog). Wir rechnen ausschliesslich direkt mit Ihnen als Patient/in und nicht direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

Datenschutz/Schweigepflicht

Gestützt auf Artikel 13 der schweizerischen Bundesverfassung und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundes (Datenschutzgesetz, DSG) hat jede Person Anspruch auf Schutz ihrer Privatsphäre sowie auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten. Wir halten diese Bestimmungen ein. Persönliche Daten werden streng vertraulich behandelt und weder an Dritte verkauft noch weiter gegeben. Wir bemühen uns, Ihre Daten so gut wie möglich vor fremden Zugriffen, Verlusten, Missbrauch oder vor Fälschung zu schützen. Gemäss § 22 des Gesundheitsgesetzes Kanton Basel Landschaft vom 21. Februar 2008 (Stand 1. Januar 2015) sind wir der Schweigepflicht unterstellt. Wir halten Stillschweigen über Geheimnisse, die uns infolge unseres Berufes anvertraut worden sind oder die wir in dessen Ausübung wahrgenommen haben. Ausnahmen bilden § 22 Absatz 2 und §23 desselben Gesetzes.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Zur Anwendung gelangt schweizerisches Recht mit Gerichtsstand in Liestal, Baselland, Schweiz.

Salvatorische Klausel

Sollte einer der genannten Punkte von einem Gericht als unwirksam erklärt werden, so betrifft dies nicht den Rest der genannten Punkte. Ein als unwirksam erklärter Punkt, kann durch eine wirksame Regelung ersetzt werden.

Muttenz, Schweiz, 15.08.2024